

AUTONOMIE RODINY VERSUS BENEFICENCE MATKY: JE OTEC U PORODU OPOROU NEBO PŘÍTĚŽÍ?

FAMILY AUTONOMY VERSUS MOTHER'S BENEFIT: IS THE FATHER A SUPPORT OR A BURDEN DURING CHILDBIRTH?

Kateřina Ivanová¹, Adéla Lemrová¹

Abstrakt

Cílem příspěvku je analyzovat eticky spornou situaci protahujícího se a pro matku bolestně vyčerpávajícího porodu s přítomností otce, který trvá na původním, notářsky ověřeném, porodním plánu, kde oba odmítají epidurální anestézii. Matka mění názor, ale otec argumentuje, že je představitelem vznikající rodiny ve chvíli, kdy není rodička pro bolest schopna reálně vnímat okolí. Výzkumná otázka zní: Kdo má kompetenci k rozhodnutí?

Sběr kazuistik s etickou spornou tematikou z lékařské praxe probíhal na Lékařské fakultě UP v Olomouci od roku 2021 v rámci projektu TAČR. Respondenty jsou lékaři specializačního kurzu v průměrném věku 33 let. Výsledkem jsou anonymní typizované kazuistiky české současné medicíny. Kazuistika „Porod podle plánu“ je vyučována metodou Case Based Learning, prezentována metodou story-telling.

Výsledky jsou prezentovány metodou Four Boxes. Podle hodnocení expertů je uvedeno, co zdravotníci udělali správně, a co nikoliv. Je rovněž popsáno, jak na kazuistiku reagovali studenti medicíny.

V porodnictví se mění potřeby a nároky uživatelů a narůstají požadavky na znalosti etiky, práva a komunikace u zdravotnických profesí.

Klíčová slova

porod, otec, porodní plán, autonomie, beneficence, zdravotníci

¹ Ústav veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Abstract

The aim of the paper is to analyze an ethically controversial situation of a prolonged and painfully exhausting birth with the presence of the father, who insists on the original, notarized, birth plan, where both refused epidural anesthesia. The mother changes her mind, but the father argues that he is the representative of the family coming into existence at a time when the mother is unable to realistically perceive her surroundings due to the pain. The research question is: Who has the authority to make the decision? The collection of case reports with ethically controversial topics from medical practice has been carried out at the Faculty of Medicine of the University of Olomouc since 2021 within the framework of the TACR project. The respondents are physicians in the specialization course with an average age of 33 years. The results are anonymous typical case studies of the contemporary czech medicine. The case report "Childbirth according to Plan" is taught using Case Based Learning method, presented by story-telling method. The results are presented using the Four Boxes method. According to the experts' evaluation, it is indicated what the medical staff did correctly and what they did not. How the medical students reacted to the case study is also described. In midwifery, the needs and demands of users are changing and the requirements for knowledge of ethics, law, and communication in the health professions are increasing.

Keywords

birth, father, birth plan, autonomy, beneficence, health professionals

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V roce 2021 se v České republice nejvíce dětí narodilo ženám ve věku 30–34 let. Průměrný věk matek při narození prvního dítěte byl necelých 29 let, z celkového počtu narozených dětí bylo prvorodiček 46 % (Statistická ročenka České republiky – 2022, 2022). Průměrný věk otce při porodu je podle výpočtů Vasiče (2021, s. 319) o 3,8 roku vyšší než věk matky, což zhruba odpovídá průměrnému rozdílu věku v manželství.

1.1 Přítomnost otce u porodu

Očekávání a zkušenosti prvootců (First-time fathers) s porodem a spokojenost s péčí ve vztahu k věku otce zkoumaly Schytt a Bergström (2014). Zjistily, že předporodní očekávání a postnatální vzpomínka na porodní zkušenost se lišily podle věku otce.

V polovině těhotenství převládaly smíšené nebo negativní pocity z nadcházejícího porodu častěji u mužů v pokročilejším věku. Starší muži hodnotili porod své partnerky jako obtížnější a měli méně pozitivní celkovou porodní zkušenost. Byli však spokojenější s péčí poskytovanou během intrapartálního² období. Další výzkumy ukázaly, že pro prvootce je těhotenství více stresující čas než postnatální období (Buist, Morse a Durkin, 2003; Condon, Boyce a Corkindale, 2004 in Chin, Hall a Daiches, 2011).

Čekání dítěte je pro většinu párů společným projektem zahrnujícím postoje, pocity a porodní preference. V průzkumech a rešerších Hildingsson (2014) bylo zjištěno že nejdůležitější otázkou pro pár bylo v průběhu těhotenství blaho dítěte. Většina žen by chtěla takový porod, který je pro dítě nejbezpečnější volbou. Ženami byly hodnoceny i další důležité aspekty porodu, jako je bezpečnost matky, rychlé zotavení a brzké nalezení nejlepší možnosti kojení. Preference otců ohledně způsobu porodu byly z velké části neznámé, bylo však zjištěno, že preference matek jsou ovlivněny postojem jejich partnera, zejména pokud se otcové obávají o bezpečnost dítěte.

Převedení porodu do porodnic vedlo ke zlepšení perinatologických výsledků. Současně přivedlo rodičku do neznámého prostředí, v němž se může cítit opuštěna. Ideální psychickou podporou, která zlepšuje prožívání porodu i jeho průběh, je přítomnost partnera rodičky, jak uvádějí Fait a Smejkalová (2014). Čerpají z prací zahraničních autorů (Herman, Hodek a Ivcević-Bakulić, 1997; Liukkonen a Vehvilainen-Julkunen, 1997; Chann a Peterson-Brown, 2002) a shrnují, že porod s doprovodem partnera vnímají ženy jako kratší, méně bolestivý, který je spojen s nižším výskytem nitroděložní tísně plodu a císařských řezů, a že přítomnost otce u porodu zlepšuje vztah páru a vztah otce k dítěti. Dále uvádějí, že muži hodnotí svoji přítomnost u porodu většinou pozitivně, mají pocit, že partnerce pomohli v těžké chvíli a tuto zkušenost mohou transformovat do úspěšného začátku rodičovské role. Zdůrazňují, že „přítomnost otce u porodu má pomoci ženě přijímat porod jako pozitivní událost a prohloubit pocit vzájemné pomoci páru“ (Fait a Smejkalová, 2014, s. 76). I když, podle nich, otec vyplňuje mezeru v péči zaneprázdněného profesionálního porodnického týmu, tedy zejména chybějící emoční podporu, autoři rovněž jako zkušení porodníci v odborné stati uvádějí, co se od otce očekává v první, druhé i třetí době porodní.

Podle Chin, Hall a Daiches (2011) může perinatální období (používá se zde k označení období během těhotenství, porodu a prvního roku života) přinést novému otci řadu emocionálních změn. Mnoho otců tyto změny vnímá jako pozitivní, u některých však emocionální otřesy mohou mít za následek problémy v oblasti jejich duševního zdraví. Zatímco v první době porodní a při odjezdu do porodní instituce se cítí být potřební, často jsou i teoreticky dobře připraveni, ale zjišťují, že získané znalosti je obtížné aplikovat v praxi. V pozdějších fázích porodu se potom často cítí „jako náhradní díl“ (Roberts a Spiby, 2020, s. 494). K podobným závěrům dochází i Steen et al. (2012), Darwin et al. (2017) a nejnověji i Schmitt et al. (2022).

Například málo je známo o zkušenostech otců a dopadu zkušenosti na jejich duševní zdraví, kteří byli svědky traumatického porodu své partnerky. Cílem studie Daniels, Arden-Close a Mayers (2020) s výstižným názvem „Be quiet and man up“ bylo

² intrapartální – během porodu (Velký lékařský slovník, 2022)

prozkoumat tyto zkušenosti otců ($n=61$), tj. jak ovlivnily jejich well-being a jakou podporu od personálu obdrželi (otcové starší osmnácti let, kteří bydleli ve Velké Británii a byli svědky traumatického porodu své partnerky, který však nevedl ke ztrátám na životech³). Na základě zkušeností byla identifikována tři hlavní témata: „porozumění situace ze strany otce“ (podtémata: nic vás na to nemůže připravit; cítíte se pouze jako pasažér; smíšené zkušenosti s personálem; nebylo to o mně); „život po traumatu zrození dítěte“ (podtémata: mužství; neschopnost být šťastný; dopad na vztahy); a „podpora, kterou otcové dostali, vs. to, co chtěli“ (podtémata: prenatální podpora; podpora při porodu; postnatální podpora). Otcové obecně uváděli, že být svědkem traumatického porodu své partnerky na ně mělo významný dopad, ovlivnilo jejich duševní zdraví a vztahy dlouho do postnatálního období.

Přítomnost otce u porodu se v České republice stává od roku 1994 běžnou praxí, přítomnost osoby blízké ve zdravotnickém zařízení uvádí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jako právo pacienta. Podle výzkumu Prajznerové (2011, s. 42) muži v České republice doprovázeli svoje partnerky k porodu z vlastní vůle. V další otázce však titíž muži částečně odpovídali, že „šli k porodu jen kvůli přání partnerky“ (s. 61). Stejnou zkušenost uvádí i Darwin et al. (2017, s. 10) a vysvětluje, že i když úloha nastávajících otců při porodu by měla být usnadněna a podporována, „jejich přání neúčastnit se by se měla projevit stejná úcta“.

1.2 Porodní plán

Historicky mladší fenomén než otcové u porodu, jsou tzv. porodní plány (cca 10 let). Porodní plán je dokument se seznamem bodů, které si rodička přeje mít během svého porodu naplněny. K tomu, jak vytvořit porodní plán, neexistuje správný nebo nesprávný způsob. Některé plány pokrývají pouze základy, zatímco jiné jsou velmi podrobné. Podle Široké (2020) by měl být individualizován podle preferencí matky.

Součástí porodního plánu může být i odmítnutí epidurální analgezie v průběhu porodu. Epidurální analgezií se rozumí lékařský zákrok, při kterém dojde k výraznému zmenšení citlivosti na bolest po aplikaci léku do tzv. epidurálního prostoru v páteřním kanálu. Důvodem odmítání epidurální anestézie mohou být možné nepříznivé důsledky zákroku pro matku i dítě (Příprava na porod, 2020). Je doporučováno porodní plán prokonzultovat dopředu. „Žena musí počítat také s tím, že ne všechny body porodního plánu budou dodrženy v případě, že dojde k nějakým komplikacím během porodu“ (Vinšová, 2016), avšak měla by být vždy o změnách informována.

V zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je uvedeno, že souhlas s poskytnutím zdravotních služeb musí být svobodný, bez jakéhokoliv nátlaku a informovaný. Pacientovi před vyslovením souhlasu musí být podána informace a dále potom vždy, je-li to s ohledem na poskytované zdravotní služby, nebo zdravotní stav pacienta, účelné. Zástupný souhlas

³ Perinatální ztráta je jednou z nejnáročnějších životní událostí. V ČR vznikla řada neziskových organizací, kde se snaží nabídnout praktickou pomoc, jak se vyrovnat se ztrátou očekávaného a milovaného dítěte; např. Dlouhá cesta, Prázdná kolébka, perinatální hospic Dítě v srdci, a především společenství Tobit, které od roku 2013 požádalo o revizi právních předpisů o zajištění pohřbu perinatálních dětí, a angažuje se zejména ve zvyšování informovanosti o těchto skutečnostech ve zdravotnictví a celé veřejnosti. (Polák, 2021)

svéprávného pacienta je možno uskutečnit pouze v případě, že v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat.

2. METODIKA

Cílem tohoto sdělení je analyzovat eticky spornou situaci protahujícího se a pro matku bolestně vyčerpávajícího porodu s přítomností otce, který trvá na původním znění porodního plánu, ve kterém je striktně odmítnuta epidurální analgezie. Otec argumentuje, že je představitelem soudržného páru i kvality života vznikající rodiny ve chvíli, kdy není rodička pro bolest schopna reálně vnímat okolní dění. Dalším cílem je zamyslet se nad tím, co v kazuistice chybělo (a naopak nechybělo) ze strany zdravotníků, co by se vzděláváním dalo zlepšit, a co by dalšího mohlo mít preventabilní charakter.

Výzkumná otázka: Kdo má kompetenci k rozhodnutí při komplikujícím se (až traumatickém) porodu o aplikaci epidurální analgezie, jež je v porodním plánu striktně odmítána?

Výzkumné podotázky:

- 1) Do jaké míry je žádoucí vyhovět přání matky, které se v průběhu porodu zcela změnilo oproti původnímu porodnímu plánu, a jak by se mělo v takových případech postupovat?
- 2) Ve kterých situacích jsou nutná rozhodnutí ze strany otce (jsou-li taková)?
- 3) S jakým důrazem (pozorností) je nutno respektovat konflikt přání rodinného příslušníka (otce) s matčíným přáním?

2.1 Terénní výzkum

Metodika má čtyři části, které vycházejí z metodiky projektu TAČR „Zvyšování morální kompetence v medicíně“. Metodické části na sebe navazují, od terénního výzkumu, přes tvorbu kazuistik, včetně nahrávání storytellingu, expertních posudků až po vzdělávací strategii, ve které studenti konfrontují eticky sporné situace a snaží se najít smysluplná řešení.

A) Terénní výzkum je sběrem dat kazuistického charakteru s etickou spornou tématikou z lékařské praxe. Sběr probíhá na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci od roku 2019, od roku 2021 v rámci projektu. Respondenty jsou lékaři specializačního obligatorního předatestačního kurzu v průměrném věku 33 let. Zkušenosti lékařů jsou sbírány tazacími archy (n=605), strukturovanými podle metody Four Boxes (Jonsen, Siegler a Winslade, 2022), která je praktickým přístupem k etickému rozhodování v medicíně. Autoři identifikovali čtyři témata, která jsou vlastní každému klinickému rozhodování a zaměřením se na ně pomůže uspořádat fakta konkrétního případu: Medicínské indikace – diagnóza, prognóza, možnosti léčby, posouzení cílů péče; Preference pacienta – jsou podstatné pro určení nejlepšího a nejrespektovanějšího postupu léčby; Kvalita života – cílem je zlepšit, nebo alespoň řešit kvalitu života pacienta, včetně autentického prožitku pacienta; Kontextové rysy – všechna klinická setkání se odehrávají v širším sociálním kontextu mimo lékaře a pacienta, včetně rodiny, práva, kultury, nemocniční politiky, pojištění a dalších finančních záležitostí atd.⁴

⁴ V zájmu konzistence zůstává pořadí boxů stejné, žádný box nemá větší váhu než ostatní a má být posuzován z hlediska skutečností daného případu.

Každý „box“ je propojen se základními a výchozími etickými principy v medicíně podle Beauchampa a Childresse (2019): s beneficencí (dobřečiněním),⁵ non-maleficencí (neškoděním),⁶ s respektem k autonomii⁷ a s ekvitou (spravedlností). Principy korespondují s obsahem každého „boxu“. Metoda Four Boxes propojuje kazuistický (Hanák a Ivanová, 2018) a principialistický přístup (Zielina et al., 2021).

2.2 Výuka pomocí kazuistik

B) Tvorba kazuistik vychází z popsaných zkušeností lékařů,⁸ kdy jsou experty podle určitých kritérií vybrána eticky sporná témata (nejčastější, zlomová, zásadní, pedagogicky přívětivá, názorná, reflektující současnou situaci – např. COVID-19 aj.). Přepisem a sumarizací jednotlivých sdělení, přiřazováním klíčových slov všemi řešiteli projektu a důslednou generalizací do barvitého případu tak, aby vynikla eticky sporná situace, vznikají zcela anonymní typizované kazuistiky současné české medicíny. Eticky sporné situace spojené s porodem se v celé databázi opakovaly celkem 12x. Z těchto kazuistik byla vytvořena kazuistika „Porod podle plánu“. Jakákoliv podobnost s konkrétní událostí je zcela náhodná.

Vytvořená kazuistika byla zpracovávána pro storytelling⁹ (Vyprávíme příběhy, 2022).

C) Expertní stanoviska vznikají ke kazuistikám, které byly vybrány pro účely storytellingu a pedagogické praxe. Účelem je hlubší analýza kazuistiky z medicínského, právního a etického hlediska. Jestliže se kazuistika dotýká komplexnějšího problému, jsou zařazovány sociální, sociologické, nebo psychologické analýzy, nebo medicínské analýzy z více oborů (nebo obojí). Cílem medicínské analýzy bylo popsat onemocnění, příznaky, léčebné možnosti, vývoj a prognózu onemocnění, rovněž ilustrovat subjektivní tíhu příznaků, které pacient/ka může pociťovat. Záměrem je vytvořit plastický a představitelný obraz daného medicínského problému.

⁵ Beneficence se v bioetice vztahuje k morální povinnosti jednat ve prospěch druhých. Dobročinnost může zahrnovat čtyři složky: (1) člověk by neměl působit zlo nebo škodu (někdy nazývaný princip neškodění); (2) člověk by měl zabránit zlu nebo škodě; (3) člověk by měl odstranit zlo nebo škodu; a (4) člověk by měl konat nebo podporovat dobro. (Medical dictionary, 2022)

⁶ Non-maleficence je ústřední princip etické praxe v medicíně, vyjádřený Hippokratem (zákaz ublížit, poškodit, nebo dokonce usmrtit jiného člověka). Prosazuje povinnost nezpůsobit škodu úmyslně, je možné jej považovat za první úroveň beneficence. (Medical dictionary, 2022)

⁷ Respekt k autonomii v medicíně znamená, že se předpokládá schopnost nemocného zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a samostatně se rozhodnout. Jeho rozhodnutí, pokud to není v rozporu se zákonem, by měla být ze strany poskytovatelů zdravotnické péče respektována. Právo na sebeurčení není možno vytrhovat z kontextu jiných práv a povinností nemocného i zdravotníka. „Model adorující respekt k přáním autonomního pacienta je často uváděn v protikladu k historickému, paternalistickému konceptu medicíny ...“ (Doležal, 2019, s. 1)

⁸ Škoda se zabýval aktéry konfliktu a na základě triangulace dvou nezávislých hodnotitelů vyplynul nálezkopakovajících se situací, které byly seskupeny do čtyř trsů typů konfliktů: 1. lékař vs. instituce; 2. lékař vs. pacient; 3. lékař vs. rodina; 4. lékař vs. lékař. (Škoda a Ivanová, 2021)

⁹ Storytelling je vyprávění příběhů. Je to návrat a znovuobjevování hluboce zakořeněné tradice vyprávění. Je to ta nejpřirozenější lidská činnost i umění zároveň. Historie se neskládá z událostí, ale z příběhů.... Storytelling je vzdělávací metoda a prostředek k tomu, dozvědět se něco víc o sobě, využívá mnoha druhů cvičení a her a umožňuje plně zapojit vlastní představivost...Vlastní zážitek z vyprávění napomáhá chápat souvislosti a uceluje kontext.“ (Vyprávíme příběhy, 2022)

D) Výuka metodou Problem Based Learning (PBL) se jako proces samostatné práce a následně sdíleného porozumění uskutečňuje na mnoha fakultách k podpoře celoživotního učení, otevřeného dotazování, týmové práce a kritického myšlení (Tučková, Ivanová a Lemrová, 2020). Studenti jsou aktivními účastníky výuky, nejen pasivními posluchači. Jsou najednou, bez jakékoli přípravy, konfrontováni s eticky spornou situací a musejí na něj reagovat (Bligh, 1995).

3. VÝSLEDKY

A) Znění kazuistiky:

Žena, 34letá, vystudovaná učitelka, prvoroďčka, bez významných rizik v rodinné, osobní a gynekologické anamnéze, přichází do porodnice s počínající děložní činností a porodním plánem. Při vstupním vyšetření jsou kardiotorografie (tj. vyšetření srdeční činnosti plodu) i ultrazvukový nález fyziologické, plodová voda zachovalá, gynekologické vyšetření prokazuje valovitou děložní branku pro prst. Cílem rodičky bylo porodit s minimálním počtem medicínských zásahů. Rodina byla zdravotníky informována, že v případě potřeby či její (rodičky) žádosti nemusí být porodní plán zcela dodržen, jelikož rodí poprvé, sama uvidí, co bude potřeba (analgetika, polohování, monitoring dítěte apod.). V porodním plánu bylo uvedeno, že během porodu má být komunikováno s doprovázejícím partnerem, a ne s rodičkou, aby nebyla rušena. Dále bylo uvedeno, že partner může rozhodovat o jednotlivých medicínských zásazích, protože rodička nebude schopna (dle nich) o sobě rozhodovat.

V průběhu porodu bohužel nefarmakologické metody tlášení bolesti nepomohly, porod stagnoval, rodička se začala v silných kontrakcích dožadovat epidurální anestezie, ale její partner trval na tom, že ji nepotřebuje, že je to „pouze v hlavě“. Několik hodin trvala rozmluva a vysvětlení, než partner epidurální anestezii povolil. Za více než 12 hodin se narodilo dítě, zaznívají slova radosti, vděčnosti i poděkování. Všechno dobře dopadlo.

B) Ze stanovisek expertů podle metody Four Boxes – viz obrázek č. 1–4 – box 1 až box 4:

1. box	<h2>Medicínské indikace</h2> <p>(princip beneficence a non-maleficence)</p> <p>Protahující se bolestivý porod u fyziologického těhotenství, situace biologicky vhodná pro podání EA.</p> <p>? Problém je: akutní, chronický, kritický, reverzibilní, terminální?</p> <p>C Cíle léčby: Snížit bolest rodičky, snadnější porod dítěte, předejít diskomfortu dítěte v porodních cestách.</p> <p>Za jakých okolností nejsou léčebné procedury indikovány: volba jiného typu porodu (císařský řez, kleště, vakuum).</p> <p>R Rizika nepostupujícího porodu jsou: rozvíjející se hypoxie plodu, vyčerpání děložního svalu a hypotonie (ochabnutí) dělohy nebo ruptura (prasknutí) dělohy.</p> <p>R Rizika EA jsou: zábrana přirozeného uvolnění oxytocinu a snížení vyplavení beta-endorfinů do těla rodičky, komplikování závěru porodu, nízký TK rodičky.</p> <p>Rozjetý“ porod přirozenou cestou je pro matku i dítě nejvhodnější variantou.</p>
---------------	--

2. box

Preference pacienta

(princip respektu k autonomii)

Byl pacient informován
o přínosech a rizicích, porozuměl těmto
informacím, dal informovaný souhlas?

ANO

Je pacient mentálně způsobilý
a legálně kompetentní?

**Ani změněný stav vědomí u porodu
neovlivňuje kompetenci k rozhodování,
doklad o nesvéprávnosti neexistuje.**

Jestliže je mentálně způsobilý, jaké
má pacient preference ve vztahu
ke své léčbě?

**Minimum lékařských zásahů. Apriori
předpoklad „nepřátelského“ chování
zdravotníků.**

Kdo je oprávněný učinit rozhodnutí
za matku?

**Pacientka určila v porodním plánu otce
dítěte. Porodní plán nechala notářsky ověřit.**

3. box

Kvalita života

(princip beneficence, non-maleficence, respekt k autonomii)

Jaké jsou vyhlídky, ať už s léčbou nebo bez ní, pro návrat k normálnímu životu a s jakými
fyzickými, psychickými a sociálními deficity se bude pacient potýkat, když léčba bude
úspěšná?

**Fyzický návrat prakticky 100%, psychický a sociální
- CO TO UDĚLÁ VE VZTAHU S OTCEM DÍTĚTE?**

Existují předsudky, které
mohou ovlivnit posuzova-
tele při hodnocení kvality
života pacienta?

**ANO - CO MAJÍ MUŽI DO
TOHO CO MLUVIT?**

Jaké etické otázky
vyvstávají při posuzování
zlepšení kvality života
pacienta? **Kdy beneficence
pacienta může převýšit
etický princip respektu
k autonomii?**

Vede posouzení kvality života
k nějakým otázkám týkajících
se změny v léčebných plánech?
**ANO: neúnosné bolesti rodičky
a tím i zpomalování porodu
vedlo k návrhu podání EA
v diagnosticky vhodné
aplikační době.**

4. box**Širší kontext**

(princip spravedlnosti)

Jak profesionálové, rodina, náboženství, společnost, finance, právo a institucionální faktory ovlivňují lékařské rozhodnutí?

- ❓ Etické otázky, které by mohly ovlivnit klinické rozhodování? **ANO (autonomie (PP) & beneficence** (stupňující se utrpení a vyčerpání matky) & **spravedlnost** (veřejné finance ze zdravotního pojištění)).
- ❓ Existují zde otázky spojené s veřejným zdravím a bezpečností, které ovlivňují klinické rozhodování? **ANO (Je ohrožena zodpovědnost lékaře při zhoršujícím se stavu rodičky i dítěte, riziko trvalého poškození dítěte při porodu...)**
- ❓ Právní otázky, které by mohly ovlivnit klinické rozhodování? **ANO (Co je PP? Jaký je smysl PP? Kdo rozhoduje o pacientovi? Kdo je pacient?)**
- ❓ Společenské otázky: **Averze vůči zdravotníkům podporovaná médii, zejména internetem ... nevhodně (nebo málo) formulovaná role otce ... chybějící předporodní kurzy pro otce ...**

Legenda: EA – epidurální anestezie, PP – porodní plán

C) Výuka

Výuka metodou PBL¹⁰ probíhala u studentů všeobecného lékařství ve 3. ročníku (n=213). Nejprve byla studentům prezentována kazuistika ve formě storytellingu a studenti byli vyzváni k tomu, aby si dělali poznámky, každý sám za sebe. Cílem výuky je identifikace toho, co již studenti vědí, co potřebují vědět a jak a kde získat přístup k novým informacím, které mohou vést k vyřešení problému. Studentům byly postupně pokládány následující otázky:

1. Proč takovou kazuistiku vůbec řešíme?
2. Kde je problém?
3. Jak řešit kazuistiku v praxi?
4. Které informace, dle vašeho názoru, budete potřebovat, abyste kazuistiku správně řešili?

Každá z otázek je předmětem diskuze studentů. Vyučující do diskuze studentů nezasahuje, nechává studenty rozvíjet různé okruhy témat, a to i v případě, kdy se diskuze od tématu odchýlí. Výstupem semináře je seznam otázek a odpovědí, které studenti pokládají ve vztahu k řešené kazuistice za důležité a seznam literatury, ve kterých si informace hledali. Tyto otázky a zdroje jsou dále diskutovány na navazujícím semináři.

¹⁰ Výuka o autonomii k rozhodnutí u seniora s kognitivním deficitem je na LF UP v Olomouci koncipována podle CBL (Case Based Learning). Rovněž podporovaná rozhodování osoby s lehkou mentální dysfunkcí je zde vyučována metodou CBL (Juríčková et al., 2021). Rozdíly v přístupu PBL a CBL je možno nalézt Srinivasan et al. (2007).

Slepu uličkou v diskuzi studentů byla otázka, jaká je závaznost notářsky ověřeného porodního plánu, zda je bez notářského ověření platný, co může notář – právník, bez vzdělání v medicíně do porodního plánu napsat. Kde je v zákoně porodní plán, co do něj patří, a zda je třeba se ho vždy přesně držet, zda by otec mohl vznést žalobu proti matce, pokud by si navzdory porodnímu plánu nechala lékaři do porodu zasáhnout.

Všechny skupiny studentů se obávají žalob v případě nerespektování pokynů či přání pacientů, a to i kdyby toto nerespektování vedlo k poškození či smrti pacienta. Ve všech skupinách byla diskutována otázka, proč jde takový pár rodit do zdravotnického zařízení a nerodí doma. Co dělat při zhoršujícím se stavu rodičky či dítěte?

Které problémy nebyly zmíněny: Kdo je pacientem v kazuistice? Etické dilema či etické principy byly diskutovány a nalezeny až s podporou či po položení konkrétní otázky (Jaké a kde v kazuistice vidíte etické principy? Jsou v konfliktu? Který princip byste upřednostnili a proč?). Diskuze ve všech skupinách byla zaměřená spíše na právo. Někteří studenti žádný problém v předložené kazuistice neviděli („V kazuistice vlastně žádný problém není, když všechno dopadlo dobře“).

4. DISKUZE

A) Jaké předsudky byly v kazuistice zřejmé? Jak si je vyložili studenti?

Předsudky ze strany lékařů¹¹ se projevily v obavě, že by je mohla matka, nebo spíše otec dítěte, žalovat a jejich obavy byly natolik mocné, že nezasáhli ani ve chvíli, kdy zasáhnout měli. Stejně předsudky (pacient a rodina jsou nebezpeční, nebo nepřátelští) měli i studenti. Byl u nich postaven do protikladu paternalismus^{12 13} a obavy, nikoliv vstřícná komunikace a spolupráce „na společném díle“. Ze strany obou rodičů byl zpočátku neoprávněný pocit ohrožení, což se projevilo v notářském ověření porodního plánu. Posléze pocit ohrožení zůstával u otce, který byl přesvědčen, že obranou dřívějšího rozhodnutí dělá vše nejlepší pro rodičku, dítě a celou budoucí rodinu. Je možné, že pocity ohrožení jsou ve veřejnosti povzbuzovány zejména na internetových stránkách: „...ani sebelépe napsaný a předaný dokument nezajistí respektování přání rodičky, pokud s sebou nemá informovaný a asertivní doprovod, který zajistí respektování přání, a to i fyzicky... ...hlavní důraz je potřeba klást na doprovod (nejlépe informovaného otce dítěte), který rodičku a novorozence bude bránit proti personálu a rutinním praktikám, které má personál tendenci protiprávně vykonávat bez ohledu na vůli ženy a rodičů dítěte“. (Candigliota, 2017)

Před předsudky u porodů varují Torres a De Vries (2009), a uvádí jako příklad předsudky při hodnocení ženy jako „dobrá matka“. Rovněž vysvětlují význam „bioetiky porodů“ tak, že jde o zpochybňování současné situace, aby bylo dosaženo lepší praxe.

¹¹ Nebo jakéhokoliv poskytovatele zdravotnické péče, v tomto případě nejspíše porodních asistentek ...

¹² Paternalismus se vyznačuje přesvědčením nadřazené osoby, že ona sama ví, co je pro podřízenou osobu nejlepší. (Paternalismus, 2022)

¹³ Torres a De Vries (2009) upozorňují na možnost nahrazování paternalistického přístupu klinickými doporučenými postupy, vycházejícími ze systematických review nebo Scoping review.

B) Jaké chyby (právní, etické, komunikační) byly v kazuistice udělány, a kdo je udělal?

Za právně problematické jednání poskytovatele zdravotních služeb (jeho ošetřujícího týmu) je možno považovat, že pacientčin pokyn na změnu postupu nerespektoval „několik hodin“, jak je uvedeno v zadání kazuistiky. Bylo ukázáno, že se (pomyslný, kazuistický) tým neorientuje ani v etických principech, ani v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Je však možno vidět snahu nevnášet svár mezi nastávající rodiče a dosáhnout konsensu.

Nastávající otec necítí bolest rodičky, která může být podle odborníků až nečekaně silná. Není připraven na to, že se situace může změnit, třebaže byl zdravotníky při příchodu takto informován. Z kazuistiky také není zřejmé, jaký byl mezi budoucími rodiči vztah, zda se nejednalo o nátlak otce již při psaní porodního plánu, nebo se jen jednalo o neústupnou povahu, či zcela nezlomné přesvědčení.

Matka se téměř obávala svých kompetencí, a proto je v plánu již dopředu převedla na svého partnera. Předat takovou moc nad sebou druhému člověku vyžaduje velkou odvahu i důvěru.

C) O jaké etické konflikty se v kazuistice jedná?

Typem etického konfliktu podle Škody byl konflikt: lékař vs. pacient; lékař vs. rodina; (Škoda a Ivanová, 2021); dále se jedná o konflikt dříve vysloveného přání matky a aktuální schopnosti matky vyjádřit autonomní vůli; rovněž o konflikt mezi autonomií matky a autonomií otce. Zásadní je etický konflikt mezi principem dobřečinění (aktuálním nejlepším zájmem matky) a principem respektu k autonomii (dříve vysloveného přání) obou partnerů. Je možno rovněž předpokládat konflikt mezi respektem k autonomii a principem spravedlnosti v egalitářském systému zdravotnické péče, pokud nároky jedněch způsobují, že se nedostane na jiné.

D) Jaké z uvedeného vyplývají odpovědi na výzkumné otázky?

Kdo má kompetenci k rozhodnutí? Protože situace nevyžadovala zástupné rozhodování, jednoznačně v této situaci rozhoduje matka. Nález ÚS 1565/14 (Praha, 2019): „V dané věci je nutno vážit zájmy rodičky na ochraně její fyzické integrity a zájmy nenarozeného dítěte na životě a zdraví. Právo rodičí matky na nedotknutelnost její osoby tedy v ústavněprávní rovině omezit lze, za předpokladu, že je skutečně (alespoň s vysokou pravděpodobností) život a zdraví plodu bezprostředně ohrožen a provedené zákroky přiměřené sledovanému účelu záchraně života a zdraví nenarozeného dítěte“. Právo matky omezit lze, ale jen v případě, že je prokazatelně k rozhodnutí nekompetentní, anebo když je ohroženo zdraví dítěte. Jiný případ omezení jejich kompetencí zákon nepřipouští.

Výzkumné podotázky:

- 1) Do jaké míry je žádoucí vyhovět přání matky, které se v průběhu porodu zcela změnilo oproti původnímu porodnímu plánu, a jak by se mělo v takových případech postupovat? Podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., u odstavce o dříve vysloveném přání je uvedeno: „Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná

situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas". V modelové kazuistice nastala nepředvídatelná situace a matka byla ve stavu, kdy mohla vyslovit souhlas s poskytováním zdravotnických služeb.

- 2) Ve kterých situacích jsou nutná rozhodnutí ze strany otce (jsou-li taková)? Otec může o matce svého dítěte zákonně rozhodovat jen v případě, kdy matka k rozhodnutí o svém těle (prokazatelně) není kompetentní, může za ni v případě jejího komplikovaného zdravotního stavu převzít poporodní bonding, či po narození dítěte rozhodovat jako jeho právní zástupce.
- 3) S jakým důrazem (pozorností) je nutno respektovat konflikt přání rodinného příslušníka (otce) s matčíným přáním? S ohledem na psychickou pohodu rodičky, případně i otce je možno uplatnit pouze komunikační dovednosti.

E) Co udělat pro otce u porodu?

Vytvořit dobré vztahy ...a více zapojit porodní asistentky: Cílem studie Steen et al. (2012) bylo syntetizovat kvalitativní studie, které zkoumaly názory a zkušenosti otců s porodem v prostředí s vysokými zdroji. Témata otců byla: riziko a nejistota, vyloučení, strach a frustrace, ideál a realita, otázky podpory a prožívání přechodu k otcovství. Otcové se cítí být „partnerem a rodičem“, ale ve zdravotnických zařízeních mají pocit, že nejsou „ani pacient, ani návštěva“. To je umísťuje do nedefinovaného prostoru (jak emocionálně, tak fyzicky), což má za následek, že se mnozí cítí vyloučení a vystrašení. Darwin et al. (2017) dodávají, že během skutečné zkušenosti s porodem muži běžně vyjadřovali ohromující pocity a nedostatečnost ve své schopnosti podporovat svou partnerku. Zvláště bojovali s „bolestí“ porodu.

Schmitt et al. (2022) uvádí, že partneři se mohou v neznámé situaci porodu cítit velmi zranitelní a stresovaní a vyjmenovává hlavní témata, která ovlivňují porodní zážitky partnerů: (1) intenzivní pocity, (2) role podpory, (3) podpora personálu a (4) stát se otcem. Autoři zdůrazňují, že otcové (partneři) potřebují emocionální a neformální podporu personálu, chtějí se aktivně zapojit a hrát důležitou roli pro rodící ženu. Jsou přesvědčeni, že pro podporu dobrého vztahu k rodičům a pro pozitivní porodní zkušenost je nezbytné systematické zkoumání potřeb obou partnerů. Hildingsson (2014) zdůrazňuje, že strach z porodu (u obou rodičů) může vést k prosazování určitého typu porodu a je přesvědčena, že tento strach je možno snížit i eliminovat především s porodními asistentkami v předporodní péči.

Prajznerová (2011, s. 69) zjišťovala: „... zda se porodní asistentky věnují u porodu i mužům a poskytují jim potřebné informace... Během porodu se opravdu porodní asistentky věnovaly jak rodičce, tak partnerovi a poskytovaly mu dostatek informací“. Rovněž Darwin et al. (2017) uvádí, že porodní asistentky byly následně identifikovány jako nejlépe připravené k tomu, aby významně ovlivnily, jak muži vnímali své zkušenosti s „událostí porodu“, která změnila jejich život.

Redshaw a Henderson (2013) uvádějí sekundární analýzu údajů o 4 616 ženách z roku 2010 v národním průzkumu v Anglii, který se dotazoval na jejich zkušenosti s mateřstvím

a zapojením jejich partnerů v těhotenství, při porodu a postnatálně. Více než 80 % otců bylo „potěšeno nebo přešťastným“ v reakci na těhotenství své partnerky, více než polovina byla přítomna těhotenskému testu, jedné nebo více předporodních kontrol a téměř všichni byli přítomni ultrazvukovému vyšetření a porodu. Podle autorek byla otcovská angažovanost nejvyšší u partnerů prvorodiček bílých žen, které žijí v méně znevýhodněných oblastech, a u těch, jejichž těhotenství bylo plánováno. Větší zapojení otce pozitivně korelovalo s prvním kontaktem se zdravotníky před 12. týdnem těhotenství, počtem předporodních kontrol a nabídkou a účastí na předporodních kurzech.

Ve většině případů bylo pro muže narození dítěte nezapomenutelným a emotivním zážitkem. Jak uvádí výsledky Prajznerové (2011), ale i nejrůznější informační weby, od nemocničních po laické, důležité pro muže je informačně se na porod připravit. Jako nejčastější zdroj informací byl uváděn internet.

5. ZÁVĚR

Nejlepší zájem všech zúčastněných (tj. jejich beneficienci) lze na základě analýzy celého kazuistického procesu (vznik – tvorba – výuka) vyjádřit takto: pokud by byl ohrožen život, nebo vážně ohroženo zdraví matky, nebo zdraví a život dítěte, jednájí zdravotníci podle svých nejlepších odborných schopností a dovedností a podle nejnovějších poznatků,¹⁴ pokud možno se souhlasem (matka), nebo když je možno souhlas předpokládat (dítě). Neustále je proto nutné prohlubovat odbornou zdravotnickou úroveň, kterou je možno v Česku označit za velmi dobrou.

Časná novorozenecká úmrtnost (ČNÚ) v Česku v roce 2019 činila 0,97 ‰, na rozdíl od roku 1970, kdy ČNÚ v Československé socialistické republice činila 13,15 ‰, v roce 2010 1,02 ‰. „Porovnáváme-li perinatální úmrtnost¹⁵ například Nigérii se 72, Egypt s 37 ‰ a Japonsko s 1,2 ‰, je vliv rozvinuté zdravotní péče na výsledek těhotenství celkem zřejmý“, uvádí biostatistka Havlová (2011). „Začneme-li však porovnávat průmyslově, zdravotně a hygienicky podobně vyspělé země, od určité úrovně se do drobných nuancí v hodnotách perinatální úmrtnosti začínou promítat jiné faktory než kvalita zdravotní péče“. Těmito faktory může být i pozornost zaměřená na spokojenost s porodem u obou budoucích rodičů.

V porodnictví se mění potřeby a nároky uživatelů a narůstají, ale i průběžně naplňují, požadavky na znalosti etiky, práva a komunikace u zdravotnických profesí. Nejlepší zájem matky v případě, že je nutno vyslovit svobodný a informovaný souhlas s poskytováním zdravotní péče, je v Česku zohledňován, je obvykle známo, kdy a jak se sepisuje

¹⁴ Zdravotnický pracovník je povinen podle zákona č. 372/2011 Sb., § 49:

a) poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy,
b) poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb.

¹⁵ Rozdíl mezi perinatální a ČNÚ je ve jmenovateli: u perinatální úmrtnosti je to počet zemřelých od 0 do 7 dne od narození k všem narozeným, u ČNÚ k živě narozeným.

informovaný nesouhlas (revers), i to, že je možno jej kdykoliv odvolat. Avšak zájem otce není ani zjišťován a ani systematicky popsán. I při velmi pozorné rešeršní činnosti byla v české publikační činnosti od roku 2010 nalezena 1 odborná stať věnující se otcům u porodu a 1 bakalářská práce.

Výzkumná zjištění zkušeností českých otců by mohla být výchozí pro preventivní opatření, kterými by měly být odborné, ale současně přátelské informace na oficiálních webech nemocnic a ministerstva, nabídka seriálních předporodních kurzů pro oba budoucí rodiče, nebo jen pro otce, včetně právního minima ohledně dříve vysloveného přání. Kontextem by mělo být pochopení vznikajícího otcovství, odvozené z výsledků výzkumů, nabídka a ukázka možné spolupráce.

V zahraničních studiích několikrát akcentované porodní asistentky by měly být vlajkové lodi takové spolupráce. Jejich vzdělání, stejně jako vzdělání budoucích lékařů/lékařek by mělo mít (a jistě i má) právní konotace, ale nejen je. Porozumění etickým principům a propojení s vyprávěnou kazuistikou tak, jak bylo ukázáno v této stati, může zdravotníkům pomoci rozhodovat se v situacích, které jsou nečekané a nestandardní.

Etické aspekty a limity studie

Sbírání dat tazacím archem bylo schváleno Etickou komisí Lékařské fakulty UP v Olomouci a Fakultní nemocnicí Olomouc pod č. 136/22; publikace (a tvorba) kazuistik z těchto dat byla schválena stanoviskem Etické komise pro multicentrická klinická hodnocení FN Motol a 2. LF UK v Praze pod č. 380/22. Podmínkou bylo uvádět vždy informaci o tom, že jakákoliv podobnost s konkrétním případem je zcela náhodná (je uvedeno v Metodice). Metodika projektu je obsáhlá a jsou v ní kvalitativní vstupy, které mohou být ovlivněny osobností výzkumníka a experta: interpretace eticky sporné situace lékařem v tazacím archu a interpretace lékařovy interpretace výzkumníky (dvojitá hermeneutika); výběr kazuistik ke zpracování; postup přípravy storytellingu; tvorba „vodících otázek“ pro experty; příprava výuky a faktická výuka různými akademickými pracovníky s různými cílovými skupinami. Z tohoto důvodu se vedení projektu (dr. Doležal, dr. Zíselina a doc. Ivanová) snaží o maximální standardizaci rozhodovacích situací.

Dedikováno projektu Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA „Zvyšování morální kompetence v medicíně“, reg. č: TL05000114. Projekt je spolufinancován se státní podporou.

Literatura

BEAUCHAMP, T. L. and CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019. ISBN 978-0-19-064087-3.

BLIGH, J. Problem based, small group learning. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*. 1995, vol. 311, no. 7001, p. 342–343. ISSN 0267-0623.

CANDIGLIOTA, Z. *Porod a dříve vyslovené přání* [online]. Blog.Respekt.cz, 2017. [cit. 15. 8. 2022]. Dostupné z: <https://candigliota.blog.respekt.cz/porod-a-drive-vyslovene-prani/>.

DANIELS, E., ARDEN-CLOSE, E. and MAYERS, A. Be quiet and man up: a qualitative questionnaire study into fathers who witnessed their Partner's birth trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020, vol. 20, no. 1, p. 236. ISSN 1471-2393.

DARWIN, Z. et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, vol. 17, no. 1, p. 1–15. ISSN 1471-2393.

DOLEŽAL, A. Pojetí autonomie v moderní bioetice a jeho dopady na teorii informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2019, roč. 9, č. 1, s. 1–26. ISSN 1804-8137.

FAIT, T. a SMEJKALOVÁ, E. Otec u porodu. *Praktická gynekologie*. 2014, roč. 18, č. 1, s. 75–78. ISSN 1211-6645.

HANÁK, P. B. a IVANOVÁ, K. Kazuistika pod zorným úhlem hippokratovské medicíny. *Pediatric pro praxi*. 2018, roč. 19, č. 2, s. 113–115. ISSN 1213-0494.

HAVLOVÁ, K. *Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší?* [online]. Zdraví.euro.cz, 2011. [cit. 9. 12. 2022]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/komentare/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsme-skutecne-nejlepsi-462462>.

HILDINGSSON, I. Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth – A longitudinal cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014, vol. 5, no. 2, p. 75–80. ISSN 1877-5756.

CHIN, R., HALL, P. and DAICHES, A. Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011, vol. 29, no. 1, p. 4–18. ISSN 0264-6838.

JONSEN, A. R., SIEGLER, M. and WINSLADE, W. J. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 9th ed. New York: McGraw Hill, 2022. ISBN 978-1-260-45754-4.

JURÍČKOVÁ, L. et al. Teaching Communication with Disabled Patients Using Case-Based Learning – Experience from practice. In: DOMENECH, J., MERELLO, P. and POZA, E. (eds.). *7th International Conference on Higher Education Advances (HEAd'21)*. Valencia: Editorial Universitat Politècnica de València, 2021, p. 243–251. ISBN 978-84-9048-975-8.

Medical dictionary [online]. [cit. 01. 12. 2022]. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/>.

Paternalismus [online]. [cit. 04. 11. 2022]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Paternalismus>.

POLÁK, J. Respect for mortal remains of perinatal children. The current legal situation in the Czech Republic. *Medicina e Morale*. 2021, vol. 70, no. 4, p. 469–474. ISSN 0025-7834.

PRAJZNEROVÁ, M. *Jak otec prožívá porod – potřeby partnera u porodu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: 2011. Bakalářská práce. Vedoucí práce S. BERÁNKOVÁ.

Příprava na porod [online]. Těhotenské centrum pro spokojený porod, Brno, 2020. [cit. 17. 11. 2022]. Dostupné z: <http://pripravanaporod.cz/epidural-kdy-u-porodu-ulevi/>.

REDSHAW, M. and HENDERSON, J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013, vol. 13, p. 70. ISSN 1471-2393.

ROBERTS, J. and SPIBY, H. 'The calm before the storm': A qualitative study of fathers' experiences of early labour. *Women and Birth*. 2020, vol. 33, no. 5, p. 490–495. ISSN 1871-5192.

SCHMITT, N. et al. The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022, vol. 22, no. 1, p. 742. ISSN 1471-2393.

SCHYTT, E. and BERGSTRÖM, M. First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery*. 2014, vol. 30, no. 1, p. 82–88. ISSN 0266-6138.

SRINIVASAN, M. et al. Comparing problem-based learning with case-based learning: effects of a major curricular shift at two institutions. *Academic medicine*. 2007, vol. 82, no. 1, p. 74–82. ISSN 1040-2446.

Statistická ročenka České republiky – 2022 [online]. ČSÚ, 2022. [cit. 19. 11. 2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2022>.

STEEN, M. et al. Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*. 2012, vol. 28, no. 4, p. 362–371. ISSN 0266-6138.

ŠIROKÁ, P. *Porodní plán pomáhá nastávajícím maminkám lépe se připravit na porod. Jak by měl vypadat?* [online]. Zdraví.euro.cz, 2020. [cit. 30. 6. 2022]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/porodni-plan/>.

ŠKODA, J. a IVANOVÁ, K. Etická dilemata u infaustních prognóz: empirická studie. *Geriatric a gerontologie*. 2021, roč. 10, č. 4, s. 210–215. ISSN 1805-4684.

TORRES, J. M. and DE VRIES, R. G. Birthing Ethics: What Mothers, Families, Childbirth Educators, Nurses, and Physicians Should Know About the Ethics of Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*. 2009, vol. 18, no. 1, p. 12–24. ISSN 1058-1243.

TUČKOVÁ, D., IVANOVÁ, K. a LEMROVÁ, A. Problem-based learning a case-based learning jako diaktické metody ve výuce lékařské etiky. In: PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK, P. (eds.). *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 2020, s. 375–382. ISBN 978-80-271-3077-1.

VASIĆ, P. Fertility Postponement between Social Context and Biological Reality: The Case of Serbia. *Sociológia*. 2021, vol. 53, no. 3, p. 309–336. ISSN 0049-1225.

Velký lékařský slovník [online]. [cit. 10. 12. 2022]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/intrapartalni>.

VINŠOVÁ, S. *Porodní plán* [online]. ČeskáOrdinace.cz, 2016. [cit. 10. 9. 2022]. Dostupné z: <https://www.ceskaordinace.cz/porodni-plan-ckr-1071-9373.html>.

Vyprávíme příběhy [online]. [cit. 29. 11. 2022]. Dostupné z: <https://www.story-telling.cz/>.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

ZIELINA, M. et al. The Application and Understanding of Default Autonomy in Ethically Dilemmatic Cases Presented by Czech Medical Doctors: An Empirical Study. In: TOMAŠOVIČOVÁ, J. (ed.). *The Blurring of Boundaries in Bioscientific Discourse*. Berlin: Logos Verlag Berlin, 2021, p. 85–104. ISBN 978-3-8325-5422-4.

Kontakt

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.
Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav veřejného zdravotnictví
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc, Česká republika
katerina.ivanova@upol.cz

Mgr. Adéla Lemrová
Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci
Ústav veřejného zdravotnictví
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc, Česká republika
adela.lemrova@szu.cz